Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok III. Luty 1931 Nr 2.

Pielęgniarka Polska Nr. 2

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 2

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.
Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Rok III. Luty 1931 Nr. 2.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Szkolenie pielęgniarek

W organizacji każdej akcji społecznej potrzeba ludzi i pieniędzy. Wszelkie poczynania nasze, do których przystępujemy zwykle z wielkim entuzjazmem, lecz z mniejszą wytrwałością, szczególniej na dłuższym odcinku czasu, mają te dwa zagadnienia do rozstrzygnięcia. Zwykle staramy się z początku o pieniądze. Uzyskujemy je ze źródeł społecznych, komunalnych lub państwowych. Kryzys ekonomiczny, panujący nietylko u nas, lecz w całej Europie, spowodował konieczność liczenia się z każdym groszem. Łożąc na jakiś cel społeczny, jest naszym obowiązkiem ocenić wydatek nietylko z punktu widzenia chwili obecnej, lecz zastanowić się nad tem, czy wkłady poczynione opłacą się w przyszłości. Czy budujemy mocno i od podstaw, czy budowa nasza zda egzamin czasu, czy też grozi jej niebezpieczeństwo zagłady; czy nie upadnie z chwilą, kiedy nie będzie w stanie sprostać nieubłaganym wymaganiom życia. Na tem opiera się naczelna zasada każdej pracy społecznej.

Organizować i robić spokojnie, mając oczy zwrócone w przyszłość i tworzyć rzeczy wytrwałe. Raczej nic, niż źle. Bo rozczarowanie i zawód spotka każdy zamiar o podkładzie najbardziej ideowym, jeżeli popełnimy od początku zasadniczy błąd. Nic tak nie szkodzi inicjatywie społecznej, nawet najlepszej, jak złe wyniki osiągnięte, jak zawód i zwątpienie — a zarazem i przekonanie, że zmarnowany został czas i pieniądze, bo godne poparcia poczynania nie były obliczone dokładnie w perspektywie przyszłości, nie były oparte na dobrze pomyślanym planie wykonawczym.

Ruch pielęgniarski przed 10-ciu laty zaczął stawiać w Polsce pierwsze kroki. Wywołało go zapotrzebowanie wykwalifikowanych pielęgniarek do szeregu powstających placówek lekarsko-społecznych. Ośrodki zdrowia, poradnie dla matek i dla niemowląt, walka z gruźlicą, rozwój opieki otwartej nad zdrowiem wogóle, wszystko to wymaga przedewszystkiem

wykwalifikowanego personelu — i tu wszyscy pewno się zgodzimy, że sprawa oceny możliwości zdobycia odpowiednich pracowników, to pierwszy warunek organizacji, następnie dopiero chodzi o pieniądze. W Polsce zaś zwykle rzeczy mają się odwrotnie: zdobywamy pieniądze, a następnie dopiero zaczynamy szukać pracowników.

Przedewszystkiem należy zastanowić się zasadniczo nad pytaniem, czego wymagamy od zawodowego pielęgniarstwa? Czy rzeczywiście istnieją dwa rodzaje pielęgniarstwa: pielęgniarstwo społeczne i pielęgniarstwo szpitalne? Czy są to dwa zawody zupełnie odrębne, wymagające odmiennych kwalifikacyj, a co zatem idzie, odmiennego typu szkolenia? Czy istnieje jaki związek pomiędzy temi dwoma rodzajami pracy?

Dla każdego, kto zgłębił dostatecznie zagadnienie codziennej pracy pielęgniarskiej, jest rzeczą zupełnie pewną, że p o d s t a w ą w y k s z t a ł c e n i a p i e l ę g n i a r k i s z p i t a l n e j i s p o ł e c z n e j j e s t u m i e j ę t n o ś ć o b c h o d z e n i a s i ę z c h o r y m, zdolność pielęgnowania chorego, niemowlęcia lub dziecka, a więc pierwszym warunkiem wyszkolenia pielęgniarki jest długa i poważna praca szpitalna przy łóżku chorego.

Weźmy pod uwagę, że pielęgniarka społeczna podczas codziennych odwiedzin rodzin, oddanych pod jej opiekę, musi wywiązać się ze swego zadania zarówno wobec matki i dziecka, jak chorego na gruźlicę, jak przypadku choroby zakaźnej. Jest ona praktyczną instruktorką podstaw higjeny w ognisku rodzinnem, ucząc, w jaki sposób rodzina ma się opiekować chorym lub wymagającym opieki.

Wskazówki udzielane matce karmiącej niemowlę — to nie wykład teoretyczny, lecz wykąpanie dziecka w obecności matki, przewinięcie dziecka, przepłókanie gardła, to pokazanie, jak się te proste, lecz wymagające dużej umiejętności zabiegi wykonywa.

Przygotowanie pokoju dla odbycia porodu, nauczenie, jak umieścić w ciasnem mieszkaniu chorego na gruźlicę, aby nie zakażał otoczenia — to praktyczna ocena istniejących możliwości i sytuacyj, przeprowadzenie obmyślonego planu, powziętych decyzyj pod kierownictwem pielęgniarki, przy jej bezpośrednim czynnym udziale. Pielęgniarka społeczna nie może być mentorką, lecz musi być czynną wykonawczynią zleceń lekarza z dużą dozą samodzielności. Na to konieczne jest duże obycie z chorym, dokładna znajomość wszystkich zabiegów pielęgnacji, takt, spokój, cierpliwość, doświadczenie. Trzeba nauczyć się pielęgniarstwa szpitalnego przy łóżku chorego, następnie zdobyć odpowiedni zasób wiadomości społecznych i praktyki społecznej, ażeby zostać higjenistką społeczną. Podobnież jak medycyna społeczna jest nadbudową medycyny klinicznej, tak droga do pielęgniarstwa społecznego prowadzi przez pielęgniarstwo szpitalne i dlatego odrębne kształcenie higjenistek społecznych bez dostatecznych podstaw szpitalnych jest zasadniczym błędem pojmowania zagadnień pielęgniarstwa społecznego.

Programy sześciu normalnych, istniejących w Polsce szkół pielęgniarstwa oparte są na następujących kardynalnych zasadach:

1. Przyjmowanie kandydatek, posiadających dostateczny cenzus wykształcenia ogólnego — przynajmniej sześć klas szkoły średniej.

2. Prowadzenie szkół jako instytucyj zamkniętych, przeznaczonych wyłącznie dla uczennic, mieszkających w szkole w internacie, z zupełnem pominięciem uczennic przychodzących z miasta, w celu przeprowadzenia

systematycznego wychowania kulturalnego i etycznego kandydatek, zmuszonych w internacie do stosowania się do ścisłego regulaminu i ciągłości pracy. W ten sposób uczennice nie nadające się do zawodu pielęgniarskiego, nie mające odpowiedniego powołania, szybko opuszczają szkołę.

3. Nauka składa się z teorji i praktyki szpitalnej i społecznej. Teorja obejmuje zwykle osiem miesięcy, praktyka szpitalna i społeczna 18 miesięcy. Praktyka szpitalna jest najpoważniejszym przedmiotem i musi obejmować przynajmniej choroby wewnętrzne, chirurgję, położnictwo, ginekologję, klinikę dziecięcą. Praca na sali operacyjnej i opatrunkowej jest uwzględniona. Praca szpitalna przy łóżku chorego to najtrudniejsze zagadnienie, pochłaniające znaczną część studjów pielęgniarskich. Praktyka społeczna odbywa się w instytucjach lekarsko-społecznych, znajdujących się na odpowiednim poziomie.

4. Na czele szkoły stoi doświadczona pielęgniarka, posiadająca odpowiednie studja, dłuższą praktykę, mająca zalety wychowawcze i odpowiedni autorytet. Bezpośredniemi jej współpracowniczkami są instruktorki klasowe, szpitalne i społeczne, gdyż uczennica, czy to podczas wykładów, czy w szpitalu, czy w pracy społecznej, musi stale znajdować się pod kierunkiem wykwalifikowanej instruktorki i nietylko obserwować pracę przy chorych, lecz brać czynny udział w pracy.

Zdobycie odpowiednich instruktorek, szpitali i zakładów, jako ośrodków szkolenia, mogących odpowiadać wymaganiom i potrzebom nauczania pielęgniarstwa — to najtrudniejsze warunki do zrealizowania przy tworzeniu szkół pielęgniarstwa.

5. Teorja ma na celu danie kandydatkom dostatecznego przygotowania z dziedziny anatomji, fizjologji, bakterjologji, chemji, higjeny, wychowania fizycznego, odżywiania, kuchni, receptury, zasad pielęgniarstwa i t. p. Zakres wiadomości teoretycznych jest potraktowany skromnie, a ma na celu umożliwienie pojmowania tego wszystkiego, co w praktyce życia codziennego pielęgniarstwa jest stale potrzebne.

6. Absolwentki szkół pielęgniarskich winny być nietylko sumiennemi pracownicami, lecz posiadać odpowiednią kulturę, ideologję i zamiłowanie swego zawodu.

Zasady wspomniane powyżej sa wynikiem doświadczenia ostatnich 40 lat w państwach, posiadających organizację pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego.

Zastosowanie tych zasad w życiu nie jest rzeczą łatwą, wymaga lat pracy i wysiłków. Wymagania stawiane dyrektorkom szkół są niezmiernie wysokie. Zdobycie dobrych instruktorek jest w Polsce rzeczą trudną. Jeszcze trudniej jest o oddziały szpitalne i ośrodki społeczne, przygotowane do szkolenia słuchaczek. Niełatwo jest rozwiązać zagadnienie odpowiedniego pomieszczenia dla szkoły i internatu. Pomimo tych trudności, pięć istniejących szkół świeckich w Polsce będzie już dostarczać, poczynając od roku 1931, przeszło 120 absolwentek rocznie. Jest to cyfra skromna, lecz mogąca w każdym razie poważnie zaważyć na szali potrzeb, jeżeli wziąć pod uwagę, że znaczna część absolwentek obiera pracę społeczną. Ponadto szkoły dla sióstr zakonnych w Warszawie i we Lwowie rozpoczęły intensywną pracę nad przygotowaniem do pracy szpitalnej zakonnic, korzystających również z Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Zapotrzebowanie pielęgniarek w Polsce spowodowane zostało rozwojem pracy lekarsko-społecznej. Opieka nad matką i dzieckiem, walka

z gruźlicą, ośrodki zdrowia wywołały ten wzrost zapotrzebowania. Pielęgniarstwo szpitalne mało zaważyło na szali. Szpitale wojskowe, według zgóry opracowanego planu, będą zaopatrzone w pielęgniarki wykwalifikowane przez Czerwony Krzyż. Znaczna liczba szpitali dla ludności cywilnej jest obsługiwana przez zakonnice. Z inicjatywy czynników miarodajnych, godnej wszelkiego poparcia, władze duchowne rozpoczęły kształcenie sióstr zakonnych, zajmujących się pielęgniarstwem szpitalnem, drogą organizowania dwuletnich szkół. Przyczyni się to niewątpliwie do podniesienia poziomu naszych szpitali.

Cały szereg organizacyj społecznych rozpoczął doszkalanie swych pracowniczek, zajmujących stanowiska w poradniach przeciwgruźliczych, dziecięcych i innych. Jednocześnie powstał w Polsce pęd do organizowania krótkoterminowych kursów, w celu przygotowania nowych zastępów pielęgniarek lub higjenistek. Spore fundusze zostały na ten cel wydane. W pracy szkolenia wzięły udział osoby dobrej woli, lecz nie mające zawodowego przygotowania pielęgniarskiego. Trudno jest obliczyć, ile osób przeszło przez te kursy i posiada dzisiaj świadectwa z godłem Rzeczypospolitej, stwierdzające posiadanie odpowiednich kwalifikacyj do wykonywania zawodu pielęgniarskiego. Faktem jest, że pomimo nadmiernego zapotrzebowania, zgłaszają się ciągle kandydatki z prośbą o pracę, przedkładając świadectwa takich kursów. Jest więc już pewna liczba bezrobotnych tej kategorji. Natomiast zapotrzebowanie wykwalifikowanych pielęgniarek, posiadających egzamin państwowy, jest duże. Nie należy przypuszczać, że w najbliższych latach powstaną w Polsce setki i tysiące nowych poradni społecznych i ośrodków zdrowia i że zapotrzebowanie z tego powodu wzrastać będzie tak gwałtownie. Potrzeb naszych w obecnej chwili nie można obliczać na 30 miljonów ludności Rzeczypospolitej. Posiadamy w 70% ludność wiejsko-rolniczą. W znacznych połaciach kraju pomoc lekarską mamy niezorganizowaną, a tam, gdzie pomoc lekarska prawie że nie istnieje, nie należy rozpoczynać od organizacji placówek zapobiegawczych. Ośrodki zdrowia, z nielicznemi wyjątkami, powstają obecnie i powstawać będą w najbliższej przyszłości w miastach i miasteczkach. Nasze szkoły pielęgniarskie będą mogły pokryć to zapotrzebowanie, szczególniej, jeżeli wziąć pod uwagę, że cały szereg placówek zapobiegawczych, zbyt szybko zorganizowanych, ulegnie likwidacji, gdyż nie wytrzyma próby życia i nie będzie w stanie wykazać dostatecznie wydajnej pracy.

Natomiast sprawą nader poważną jest reforma pielęgniarstwa na terenie Kas Chorych. Posiadają one w znacznej części personel nieodpowiedni w postaci tak zwanych przygodnych sanitarjuszek, nieumiejętnie obchodzących się z chorymi. Ileż skarg z powodu nietaktownego postępowania, nieuprzejmie udzielanych informacyj składają ubezpieczeni. Jakie straty ponoszą Kasy z powodu złej pieczy nad inwentarzem ambulatorjów, instrumentami i t. p., nie mówiąc już o wadliwem pielęgnowaniu chorych. Lecz stopniowe podnoszenie poziomu pielęgniarstwa jest możliwe drogą odpowiednich umów Kas ze szkołami pielęgniarstwa, jak tego zresztą mamy przykłady, drogą rozszerzania szkół pielęgniarskich przy pomocy Kas, drogą otwierania nowych szkół. Zresztą ogólno-państwowy Związek Kas Chorych rozpoczyna tę akcję i napewno istniejące możliwości będą wyzyskane, oraz będzie ułożony odpowiedni program pracy na dłuższy przeciąg czasu, gdyż reforma taka wymaga całych lat pracy. Nie wątpię,

że kompetentne czynniki ujmą to tak ważne zagadnienie w odpowiednie ramy.

Czy kursy pielęgniarstwa sześciomiesięczne, dziesięciomiesięczne, lub nawet roczne są w stanie przygotować odpowiednie pielęgniarki? Rozpatrując to zagadnienie pod kątem wymagań podanych powyżej, otrzymamy jasną odpowiedź. Przypuszczając, że odpowiedni cenzus wieku i wykształcenia ogólnego będzie utrzymany dla kandydatek przyjmowanych na kurs — jak rozwiązać sprawę nauczania?

Nawet jeżeli pierwszorzędni prelegenci będą wykładać na kursach przedmioty teoretyczne, to czy jest możliwem pomieścić choćby minimalny program teoretyczny w ciągu krótkich miesięcy, czy w razie najsumienniejszego potraktowania tej sprawy nie doprowadzimy odrazu do przeciążania słuchaczek, przeceniając ich zdolność przyswajania wiedzy? Odpowiednie kulturalne wychowanie słuchaczek, selekcja podczas kursu — odpadają, gdyż kursy nie posiadają gmachów szkolnych, posługują się natomiast prowizorycznemi bursami, albo nawet obywają się bez burs. Jeszcze gorzej jest ze sprawą szkolenia słuchaczek w szpitalach. Kursy przeważnie nie posiadają zorganizowanych stałych ośrodków szkolenia, nie mają instruktorek, a praktyka szpitalna polega w większości przypadków na wpuszczeniu słuchaczek do sal szpitalnych w charakterze trwoniących czas obserwatorek, któremi nikt się nie zajmuje, gdyż uczenie zabiegów pielęgniarskich nie należy do kompetencji lekarza, ani lekarz czasu na to nie posiada, — lecz musi być w rękach stale pozostającej na sali instruktorki. Jest tu zupełnie zasadnicze nieporozumienie co do samej techniki nauczania i możliwości nauczenia się czegoś. Lekarz nie nauczy pielęgnacji, gdyż jest przy każdym chorym krótką chwilę, a chodzi o pielęgnację w ciągu całej doby. Jak trudną jest rzeczą nauczenie słuchaczki dyżurów nocnych, łącznie ze sprawą odpowiedniego wypoczynku po dyżurze, o tem przekona się ten, kto zbada tę sprawę w należycie postawionej szkole. Nie chodzi tu tylko o dyżur, lecz chodzi również o umiejętny odpoczynek po nocnej pracy, gdyż inaczej uczennica ulega przemęczeniu. Zwolennicy kursów krótkoterminowych nigdy nie zgłębili techniki szkolenia i celów szkolenia.

Jeżeli z punktu widzenia pielęgniarstwa, opartego na podstawach naukowych, kursy organizowane w celu stworzenia szybko licznego zastępu nowych pielęgniarek i higjenistek są marnotrawstwem czasu i pieniędzy, — to nielepiej przedstawia się sprawa pod kątem widzenia czysto zawodowym. Nie może ulegać wątpliwości, że sprawy zawodu pielęgniarskiego będą w odrodzonej Polsce uregulowane ustawowo. Ujęte już zostały w ramy ustaw sprawy praktyki lekarskiej, dentystycznej i felczerskiej. Mamy od dwóch lat dekret Pana Prezydenta o położnych. Wykonywanie zawodu położnej uzależnione jest od otrzymania dyplomu. Władze nasze całkiem słusznie, chcąc uchronić matki rodzące od niebezpieczeństw, na jakie są one narażone z powodu wykonywanych przy nich zabiegów, normują program nauczania, oznaczając go tymczasowo jako roczny, przyczem przewidziane jest przedłużenie tego programu po pewnym przeciągu czasu. Szkoły położnych muszą posiadać internaty, stały ośrodek szkolenia o odpowiednim poziomie w zakładzie położniczym, określoną minimalną liczbę porodów, odpowiedni personel. To znaczy, że zostały tutaj zastosowane wszelkie rygory — a przecież położnictwo ma

ściśle opracowany zakres działania, znacznie mniej skomplikowany, niż pielęgniarstwo. Z chwilą ustawowego unormowania spraw pielęgniarstwa, absolwentki kursów nie mogą otrzymać pełnych uprawnień zawodowych narówni z pielęgniarkami wykwalifikowanemi, a więc znajdą się w znacznie gorszej sytuacji pod względem zarobkowania.

Wysoko posunięta specjalizacja pracy w każdem nowoczesnem społeczeństwie wymaga zdobycia odpowiedniego fachowego wykształcenia i sprawności. U nas, pomimo bezrobocia inteligencji, mało jest pracowników rzeczywiście wykwalifikowanych. Wystarczy następujący przykład ostatniej doby: na wakujące stanowisko maszynistki zgłasza się kilkadziesiąt kandydatek. Egzamin sprawności pisania wykazuje jednak, że zaledwie jedna pisze znośnie. Dobrej stenografistki, poszukującej pracy, w Warszawie znaleźć niepodobna. Wszystkie dobre pracowniczki, pomimo bezrobocia, mają pracę.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej panuje obecnie duże bezrobocie wśród pielęgniarek. Powodem tego bezrobocia było stworzenie nadmiernej liczby szkół, częściowo o uproszczonym programie, które w krótkim przeciągu czasu wyprodukowały bardzo wielką liczbę nieodpowiednio przygotowanych kandydatek, powodując nietylko bezrobocie, lecz obniżając wartość pracy zawodowej pielęgniarskiej w oczach społeczeństwa. Skutkiem takiego stanu rzeczy przewiduje się likwidację całego szeregu nieodpowiednich szkół.

Zdaje się, że jest obowiązkiem każdego świadomego sprawy człowieka, kierującego młodą kandydatkę na drogę pewnego zawodu, odrazu poinformować ją należycie, czem jest ten zawód, w jaki sposób można w nim zdobyć należyte wyszkolenie i należytą sprawność. Zdobycie wiedzy zawodowej przez jednostkę jest ważnem nietylko dla sprawy publicznej, lecz dla jednostki tej stanowi w ogromnej większości przypadków podstawę materjalnego bytu na całe życie.

Czy nie wyrządzimy krzywdy pracowniczce z kursów krótkoterminowych pielęgniarstwa, jeżeli przepracuje ona najlepszych 10 lat swego życia w zawodzie pielęgniarskim, a później okaże się, że na rynku pracy jej kwalifikacje są mniej cenione, bo absolwentki dwuletnich szkół są więcej poszukiwane? Tak jest już dzisiaj, tak też będzie w przyszłości. W przypadku bezrobocia zawsze padają ofiarą mniej wykwalifikowani pracownicy.

Stanowisko naszych władz państwowych wydaje mi się w tej sprawie zupełnie jasne. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Pracy i Opieki Społecznej, Spraw Wojskowych popierają wydatnie szkoły pielęgniarstwa, zwiększając stypendja, przeznaczając coraz większe dotacje i rozbudowując szkoły. Jasnem jest więc, że leży w zamierzeniach naszych władz oparcie programu pielęgniarstwa na racjonalnych podstawach i normalnych szkołach pielęgniarstwa. Kursy krótkoterminowe ulegną likwidacji i są skazane na zagładę. Uczynił to już Polski Czerwony Krzyż i Polski Związek Przeciwgruźliczy, likwidując od szeregu lat prowadzone roczne lub kilkomiesięczne kursy.

Historja rozwoju licznych zawodów wskazuje dobitnie, jaką krzywdę wyrządza się społeczeństwu, nie stawiając odrazu na odpowiednim poziomie sprawy odpowiedniego szkolenia personelu sanitarnego. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej przed laty kilkudziesięciu brakowało

lekarzy. Rozpoczęto organizację szkół lekarskich w sposób uproszczony — można było uzyskać dyplom lekarski i prawo praktyki już po czterech latach, korzystając nawet z wykładów drogą korespondencji. Szkoły takie wyprodukowały wielką liczbę lekarzy — powstało stąd nietylko bezrobocie lekarskie, lecz wogóle medycyna zaczęła upadać, ludność traciła zaufanie do lecznictwa, a zamożniejsi ludzie odbywali poważniejsze kuracje w Europie. Reforma studjów lekarskich rozpoczęła się zasadniczo na skutek sprawozdania prof. Flexnera, które wywołało ogromne wrażenie w całem społeczeństwie i było przedmiotem gorącej dyskusji w okresie 1910—1916. W wyniku przeprowadzono zasadnicze zmiany, zamknięto około 40% szkół lekarskich, podniesiono poziom nauczania dobrych uczelni i wydano olbrzymie sumy na urządzenie i budowę ośrodków szkolenia: klinik, pracowni, zakładów. Uznano otwarcie, że droga obrana była błędna i że należy z niej co prędzej zawrócić.

Zachodzi więc pytanie, czy mamy u nas popełniać te same błędy, które inni pepełnili, czy nie lepiej odrazu postawić sprawę na odpowiedniej stopie i zwrócić nasze wysiłki w kierunku rozwoju, rozbudowy i tworzenia dobrych szkół pielęgniarstwa. Kryterjum oceny jest wszak bardzo proste: jakim wymaganiom powinna odpowiadać zawodowa pielęgniarka, na to nauka dała odpowiedź. O wartości zaś szkół zawsze sądzić należy z punktu widzenia kwalifikacyj personelu nauczającego, to znaczy dyrektorki i pielęgniarek instruktorek, stanowiącego właściwe ciało pedagogiczne i kierujące nauczaniem, wychowaniem i selekcją słuchaczek; następnie w grę wchodzą będące do dyspozycji szkoły ośrodki szkolenia: szpitale, zakłady, instytucje społeczne, potrzebne laboratorja, sale demonstracji zabiegów, kuchnie szkolne i t. p. Zorganizowanie każdego ośrodka szkolenia wymaga znowu odpowiednich instruktorek, przemyślenia całego planu i pracy długiej, nieraz kilku lat; w Warszawie dobre ośrodki pracy szpitalnej powstały po 3—4 latach usilnych zabiegów.

Zdobycie odpowiednich sił do wykładów teoretycznych jest rzeczą nader ważną — lecz same teoretyczne wykłady nie wystarczają, bo poza niemi istnieje jeszcze sama istota szkoły z jej wewnętrzną atmosferą, poziomem i całością pracy praktycznej, a to decyduje o wynikach i powodzeniu.

Od szeregu lat jestem świadkiem w stolicy licznych kursów organizowanych dla pielęgniarek i stwierdzam z całą stanowczością, że nie uwzględnia się w tej pracy najbardziej podstawowych i zasadniczych wymagań nauczania. Widziałem kursy, które dopiero po otwarciu i rozpoczęciu wykładów szukają placówek szkolenia praktycznego i nie mają żadnych pomocy szkolnych. Zdaję sobie sprawę, że zasadniczo organizatorzy tych kursów ujmowali sprawę nie z punktu widzenia pracy dydaktycznej, lecz z punktu widzenia raczej sprowadzenia pewnej liczby słuchaczek na wykłady, wierząc prawdopodobnie w możliwość wyszkolenia higjenistek — tylko na podstawie podania, w natychmiastową konieczność prowadzenia instytucyj leczniczych lub zapobiegawczych przez personel o studjach kilkomiesięcznych. Lecz inaczej rzecz się ma w życiu. Wartość tych wysiłków jest problematyczna, a wyniki, osiągnięte przez instytucje opiekuńcze lub zapobiegawcze przy takim personelu są bardzo wątpliwe.

W naszych czasopismach fachowych poruszano już sprawy szkolenia pielęgniarek kilkakrotnie. W roku 1930 w „Nowinach Lekarskich“ Dr J.

Zeyland z Poznania zajął stanowisko słuszne nietylko z punktu widzenia nauki, lecz pracy praktycznej na terenie. *) W odpowiedzi na artykuł Dr. Zeylanda, w „Opiece Społecznej", będącej organem Okręgowego Związku Kas Chorych na województwo poznańskie i pomorskie, ukazał się artykuł p. J. Szlagowskiej, w którym autorka stara się polemizować ze stanowiskiem Dr. Zeylanda.

Nie mam zamiaru wszczynać dyskusji na ten temat z panią Szlagowską, gdyż rozumujemy zupełnie innemi kategorjami i ujmujemy sprawę, wychodząc z zupełnie innych założeń, więc poglądy nasze idą zupełnie innemi drogami; ale argumenty, przytoczone przez panią Szlagowską słyszałem już tak często, że chciałbym jedynie je podkreślić, jako przykład typowy często wygłaszanych pojęć. Pani Szlagowska wychodzi z założenia, że zapotrzebowanie sił pielęgniarskich jest bardzo wielkie, a szkoły pielęgniarskie dostarczały corocznie przeciętnie 25 absolwentek. Nadmieniłem powyżej, że już obecnie szkoły te, poczynając od roku 1931, dostarczać będą 120 absolwentek. Co dotyczy szkoły poznańskiej, to gdybyśmy zużyli pieniądze wydane w Poznaniu na kursy krótkoterminowe, zapewne możliwem by było podwojenie liczby absolwentek i uzyskanie już od kilku lat dla Poznańskiego i Pomorza 30—40 absolwentek rocznie.

Nasze szkoły nie są wyzyskane. Dotychczas tylko Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa i Szkoła Czerwonego Krzyża w Warszawie mogą pomieścić 100 słuchaczek. Uniwersytecka Szkoła w Krakowie stoi już w przededniu rozbudowy. Szkoła Poznańska po zdobyciu lokalu powinna być rozszerzona do 100 miejsc. Lecz szkoły walczą z wielkiemi trudnościami i nie mogą zdobyć funduszów na pomieszczenie, choć częstokroć nawet stosunkowo niewielkim kosztem da się to uskutecznić.

Zdobywając odpowiednie gmachy dla istniejących szkół, możemy z łatwością, bez otwierania nowych, mieć do dyspozycji 200 absolwentek rocznie. Muszę jeszcze zupełnie wyraźnie zaznaczyć, że programy naszych szkół to nie są wzory przejęte szablonowo z zagranicy — są one wyrazem naszych potrzeb, są wykładnikiem naszych warunków i ustalone zostały przez kompetentne czynniki służby zdrowia, gremja profesorów Wszechnicy Jagiellońskiej, a w Warszawie oparte są na zdaniu takich powag, jak prof. Władysław Szenajch, prof. Witold Orłowski i wielu innych.

Jeżeli w obecnym kryzysie ekonomicznym trudno jest odrazu wybudować większe gmachy szkolne, to posiadanie kwot stosunkowo niewielkich umożliwia w wielu przypadkach bądź wynajęcie większego pomieszczenia, bądź nadbudowę istniejącego gmachu, jak to zrobiono w szkole Czerwonego Krzyża w Warszawie kosztem 72.000 zł.

Kwoty wydawane w Polsce na kursy krótkoterminowe corocznie sięgają setek tysięcy złotych. Porównanie kosztów szkolenia pielęgniarek z kosztami kształcenia higjenistek wykazuje, jak to oblicza p. Szlagowska, wielkie różnice. Koszt wykształcenia jednej pielęgniarki wynosi kilka tysięcy złotych, jednej higjenistki z kursów krótkoterminowych — kilkaset złotych. Ale czyż można rozważać zadania dydaktyczne w płaszczyźnie kosztów? Jakie wyniki osiągnęlibyśmy, gdybyśmy, mając nawet

---

*) Artykuł dr. Zeylanda został przedrukowany w „Piel. Pol." Nr 10, 1930. *(Przyp. Red.)*

skromne środki i brak lekarzy — chcieli przeznaczać część tych środków na skrócone kursy, celem szybkiego wyprodukowania zastępczych sił lekarskich? Czy nie lepiej byłoby obrócić wszystkie fundusze na normalne studja lekarskie? Czy wogóle cała dyskusja, dotycząca wymagań, celów, programów szkolenia pielęgniarek, nie zyska, o ile ją będziemy traktować z punktu widzenia nauczania i naszych potrzeb, biorąc pod uwagę przedewszystkiem zasadnicze pytanie: jaka jest rola pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego w społeczeństwie nowoczesnem i czego wymagamy od tego zawodu? Kompetentne sfery lekarskie kliniczne i społeczne, pracujące nad zagadnieniami medycyny społecznej wyjaśniły to pytanie w sposób wyczerpujący.

Praca nasza nad sprawą zwalczania chorobowości i śmiertelności wymaga krytycznej oceny wyników. Posługujemy się tutaj najczęściej statystyką, będącą „stosowaną logiką“, a nie stosowaną matematyką. Właśnie wskutek wymagań logiki, musimy przy omawianiu danych statystycznych zawsze porównywać zjawiska zachodzące w tych samych warunkach. Więc jeżeli chodzi o wykazanie dodatniego wpływu stacji opieki nad niemowlętami w pewnem środowisku — rozumować musimy w następujący sposób: Mamy dwie dzielnice miasta lub, powiedzmy, środowiska ludzkie o określonem zaludnieniu, A i B, z pewną znaną nam liczbą niemowląt. Jeżeli w środowisku A zorganizowano opiekę nad dzieckiem, w drugiem zaś istniejącem w tych samych warunkach brak tej opieki, to dopiero po dłuższym przeciągu czasu możemy sądzić o wynikach działalności na podstawie porównania śmiertelności niemowląt, o ile obejmujemy dostateczny odsetek wszystkich znajdujących się w promieniu działalności stacji niemowląt, powiedzmy przynajmniej 50—60%, bo jest to gwarancją opiekowania się przeciętnym materjałem niemowlęcym. Większość naszych poradni niemowlęcych nie posiada jeszcze dokładnie ustalonych rejonów działania, nie zna liczebności dzieci, nie wie, jaki odsetek niemowląt obejmuje swą działalnością. Obliczenia próbne wykazują, że odsetek ten jest jeszcze bardzo niski, wynosi 10%, rzadko sięga 20%, najczęściej jest zupełnie znikomy. W tych warunkach wogóle statystycznie żadnej działalności poradni niemowlęcej nie możemy udowodnić. Porównać śmiertelność niemowląt na danym terenie objętym działalnością opiekuńczą można więc jedynie ze śmiertelnością w podobnem środowisku, w którem dzieci nie są otoczone opieką.

Pani Szlagowska natomiast chce porównać dane, dotyczące niemowląt zapisanych na stacji, z danemi o dzieciach na tym samym terenie, nie będącemi pod opieką stacji. Prowadzi to do zupełnie błędnych wniosków, gdyż materjał dziecięcy stacji może nie być przeciętnym materjałem niemowlęcym, mogą ze stacji korzystać tylko pewne grupy niemowląt, różniące się pod względem wieku, warunków, karmienia i t. p., o ile wogóle zbyt mała liczba dzieci zapisanych na stacji nie wyklucza zupełnie możności zestawień statystycznych. Więc ocena wyników oparta na niepewnych podstawach będzie zupełnie błędna, a już wyprowadzanie na podstawie stwierdzonej śmiertelności wniosków co do kwalifikacyj personelu pielęgniarskiego, wogóle nie nadaje się do dyskusji.

Niestety często spotykamy podobne porównania. Rozważania powyższe dają mi podstawę do wypowiedzenia jednego tylko życzenia na przyszłość. Nie rozpraszajmy naszych wysiłków. Nie twórzmy prowizorjów, grożących

w przyszłości dużemi trudnościami. Oprzyjmy pracę naszą w dziedzinie profilaktyki, medycyny i opieki społecznej na trwałych podstawach. W przeciągu pierwszych 10-ciu lat naszej niepodległości tworzyliśmy szybko i gorączkowo. Powstało tysiące nowych placówek, a zagadnienie najbliższych lat, to nie tworzenie nowych instytucyj, poradni i stacyj w tem samem tempie, lecz sprawa podniesienia poziomu pracy, doskonalenia metod pracy, a tego bez personelu, posiadającego pełne kwalifikacje nie dokonamy. Przy tym samym nakładzie środków, podwoimy i potroimy wyniki, jeżeli nasze instytucje staną na odpowiednim poziomie *).

Dr Czesław Wroczyński

Z wrażeń zagranicznych

Z ogromnem uczuciem radości, lecz też niepokoju i żalu przyjęłam nowinę, że to ja właśnie zostaję wysłana przez Zarząd Szkoły Pielęgniarstwa na Czystem zagranicę na roczne studja w dziedzinie pielęgniarstwa społecznego, jako stypendystka Fundacji Rockefellera. Radowałam się z możliwości zobaczenia i poznania rzeczy nowych, skorzystania z doświadczenia zebranego we Francji, gdzie pielęgniarstwo społeczne istnieje już od przeszło lat 30, radowałam się na myśl, że rozszerzywszy widnokrąg wiedzy, będę mogła przyczynić się w przyszłości do udoskonalenia tego działu pracy w naszej szkole. Lecz uczuciu radości towarzyszył ogromny żal rozstania ze starą placówką. Pracowałam wówczas w Stacji Opieki nad Dzieckiem i Matką przy ul. Bonifraterskiej 31. W ciągu roku zdążyłam się tak przyzwyczaić do mojej pracy w poradni, że trudno mi było sobie wyobrazić, jak będę się mogła rozstać z matkami, z ich nędzą, nieszczęściami i radością, które się stały mojemi, i z dziećmi z naszej stacji. Trudno mi było opuścić samą Szkołę i dotychczasowe życie. Targał niepokój: a nuż nie potrafię się przyzwyczaić do obcych warunków, nie potrafię wykonać trudnego zadania. Zwyciężyło jednak pragnienie wiedzy, a świadomość, że po roku wrócę do Szkoły, do mojej pracy, dodawała otuchy.

20-go stycznia 1928 r. przybyłam do szkoły M-lle Chaptal w Paryżu przy ul. Vercingetorix, w 14 dzielnicy. Jest to szkoła prywatna dla pielęgniarek szpitalnych ze specjalnym kursem rocznym dla pielęgniarek społecznych. Istnieje od 25 lat, a więc jest jedną z najstarszych szkół we Francji.

Z początku miałam trudności językowe, lecz po tygodniu swobodnie słuchałam wykładów i mogłam się ze wszystkimi porozumieć.

Zaczęłam pracować w poradni, prowadzonej przy szkole już od 25 lat z inicjatywy i pod kierownictwem M-lle Chaptal. Składa się ze Stacji Opieki nad Dzieckiem i Matką, poradni dla kobiet ciężarnych i poradni przeciwwenerycznej; na tej samej ulicy istnieje miejska poradnia przeciwgruźlicza i poradnia dla dzieci w wieku szkolnym — całokształt opieki nad zdrowiem ludności w dzielnicy jest więc poniekąd objęty. Urządzenia tych poradni noszą na sobie ślady 25 lat: są skromne, lecz praca na tem absolutnie nie cierpi. Lwią część tej pracy wykonują

*) Za zezwoleniem autora przedruk ze „Zdrowia", Nr. 23, 1930.

pielęgniarki społeczne podczas odwiedzin domowych i dlatego też liczba pielęgniarek kilkakrotnie przekracza tę liczbę, jaka jest zwykle u nas. Praca ta, jak już mówiłam, obejmuje wyłącznie jeden okręg, który jest podzielony między pielęgniarki, tak, że na każdą wypada mniejwięcej opieka nad 150—200 rodzinami. Oprócz pracy higjeniczno-zapobiegawczej, pielęgniarki wykonują zabiegi w rodzinach niezamożnych. Ponieważ dzielnica jest robotnicza, bardzo biedna, więc niema prawie domu, gdzieby nie wkroczyła pielęgniarka odwiedzająca, która zawsze przychodzi z pomocą, zajmując się, prócz akcji higjenicznej, również szeregiem kwestyj wyłącznie społecznych, jak staraniem się o mieszkania w domach miejskich dla rodzin, pośrednictwem pracy i t. d.

Pielęgniarki zasługują tam w zupełności na to ogromne uznanie i szacunek, jakiemi cieszą się w całej dzielnicy.

Znane i lubiane są te *„infimières visiteuses“* (pielęgniarki społeczne), i z każdą niedolą życiową zwracają się do nich matki, ojcowie i dzieci. Praca pielęgniarek jest pełna poświęcenia i chęci czynienia dobra. Wiele się od nich nauczyłam, gdyż poraz pierwszy zobaczyłam tam szeroką pracę społeczną, obejmującą całą rodzinę.

Oprócz pracy praktycznej we wszystkich wyżej wymienionych dziedzinach, uczęszczałam na wykłady teoretyczne z dziedziny ustawodawstwa społecznego, chorób zawodowych, opieki społecznej we Francji, innych krajach, walki z gruźlicą, z chorobami zakaźnemi, z pielęgniarstwa społecznego przy szpitalu.

Praca wypełniała mi cały dzień, a o 7-mej wieczorem musiałam już obowiązkowo być w szkole, gdzie spędzałam czas w towarzystwie miłych koleżanek do 10-tej wieczór.

Niedziele natomiast miałam wolne na zwiedzanie Paryża, oglądanie tych może w całym świecie jedynych dzieł kultury i sztuki.

Po trzech miesiącach pobytu w miłej szkole M-lle Chaptal przeszłam do innej dziedziny pracy *„Service Social à l'Hôpital“* — opieki społecznej przy szpitalu. Z żalem opuszczałam szkołę, gdzie zaczęłam już częściowo pracę samodzielną i szkoda mi było odejść od iście matczynej opieki M-lle Chaptal (która na ostatnim zjeździe Międzynarodowej Rady Pielęgniarstwa została wybrana na jej prezeskę).

Opieka społeczna przy szpitalu, prowadzona pod kierownictwem M-lle N o u f l a r d, zorganizowana przez fundację amerykańską dopiero w 1923 roku, zdążyła się rozwinąć w potężną organizację pielęgnictwa społecznego, obejmującą dużą część szpitali w Paryżu. Rezultaty tej pracy są wyraźne i rzucające się w oczy. Opieka ta powstała dzięki myśli, że nie wystarczy opieka lekarska nad chorym wyłącznie podczas jego pobytu w szpitalu, że musi trwać ona również po wypisaniu chorego ze szpitala, aby utrwaliła i dopełniła rezultat pracy lekarskiej. Przyczem niezbędna jest opieka nad c a ł ą rodziną chorego osobnika, bo jedynie tą drogą uda się wykryć wypadki wczesnego zakażenia, jak to ma miejsce np. przy gruźlicy. Opieka ta jest również jedną z dróg propagandy zasad higjeny i profilaktyki.

Chcę przytoczyć jeden przykład: w szpitalu Saint Lazare na oddziale chorób wenerycznych do czasu wprowadzenia opieki społecznej zgłaszało się do leczenia tylko 20% wszystkich chorych wenerycznych, badanych w ambulatorjum, reszta zaś znikała, niewiadomo gdzie i z jakich powodów. Ta olbrzymia reszta, nieleczona, zakażała nadal bez przeszkody i unie-

szczęśliwiała tysiące ludzi. Po wprowadzeniu opieki społecznej zgłaszało się do leczenia i było uświadamianych co do choroby 90% wszystkich chorych wenerycznych, a tylko 10% ginęło z powodu nieprawidłowo podawanych adresów. Marzeniem mojem było wprowadzenie tak racjonalnej, a u nas prawie nieznanej formy opieki społecznej nad chorym. Mam nadzieję, że w najbliższej przyszłości nasz szpital wprowadzi również ten nowy dział pracy — i będę szczęśliwa, jeśli będę mogła pomóc mojem małem doświadczeniem, którego nabrałam pod kierownictwem energicznej i pełnej poświęcenia M-lle Nouflard.

Szczególnie ważną rolę odgrywa praca społeczna przy oddziałach położniczych; pielęgniarka społeczna staje się tam równie niezbędna, jak i pielęgniarka szpitalna. Ciąża i poród wykoleja przeważnie kobiety pracujące z ich normalnego trybu życia; opuszczają pracę, nie mogą się przez pewien czas opiekować domem, ani dziećmi. Często bywają bezradne i jedynie pielęgniarka społeczna, znając ich warunki domowe, może je zrozumieć i dopomóc. W szpitalach miejskich w Paryżu jest bardzo dużo kobiet, mających dzieci nieślubne, i tu pole działalności dla pielęgniarki jest bardzo szerokie, może się ona w dużym stopniu przyczynić do zmniejszenia cierpień i nieszczęścia tych kobiet. Oczywiście znacznie łatwiej przeprowadzić tę opiekę we Francji, gdzie się ogromnie dba o dzieci z powodu małego przyrostu ludności. Przekonałam się, że energiczna i sumienna pielęgniarka może każdej matce stworzyć warunki, umożliwiające wychowanie własnego dziecka; naturalnie wymaga to dobrej woli ze strony matki i dużo wysiłku ze strony pielęgniarki. Jedynie takiej opiece nad dzieckiem i matką ciężarną, można przypisać fakt, że nie znajdujemy na ulicach Francji podrzutków, jak to się u nas dzieje niestety bardzo często.

Przez $3^1/_2$ miesiąca odbyłam praktykę w pracy społecznej przy następujących szpitalach:

1. *Hôpital des Enfants malades* (szpital dziecięcy).
2. *Maternité St. Antoine* (klinika położnicza).
3. *Centre de triage* (ośrodek do odsyłania chorych gruźliczych, bądź do szpitali, bądź do sanatorjum, bądź do poradni przeciwgruźliczych lub na kolonje dla rodzin gruźliczych).
4. *Hôpital St. Lazare* (szpital dla chorych wenerycznych).

Przez ten czas zwiedziłam również cały szereg instytucyj społecznych, z któremi pielęgniarki społeczne są w ścisłym kontakcie. Przez tydzień byłam również w klinice położniczej *Maternité*, gdzie pod kierownictwem prof. Calmette'a jest przeprowadzona bardzo rozgałęziona opieka społeczna, szczególnie w związku ze szczepionką przeciwgruźliczą B. C. G.

Praca ta zaciekawiała mnie ogromnie, lecz radość z niej zakłócała myśl, jak się uda zrealizować ją w naszych ciężkich warunkach, gdyż do tego byłby potrzebny cały szereg instytucyj pomocniczych i odpowiednie ustawodawstwo społeczne.

W dniu 20. sierpnia przyjechałam do Lyonu, aby się zapoznać z opieką społeczną, obejmującą całe miasto. Mieszkałam w Szkole Pielęgniarstwa. W Lyonie cała opieka jest skoncentrowana, ujęcie takie ma wiele dodatnich stron. W Paryżu zdarzało się, że do jednego domu przychodziły dwie lub kilka opiekunek społecznych, kierowanych bądź przez szpital, bądź przez szkołę, bądź przez poradnię przeciwgruźliczą i każda

z nich wkraczała w życie danej rodziny z radą i wskazówkami. Ponieważ pielęgniarki te nie miały łączności pomiędzy sobą, więc często ich zdania były sprzeczne i rodzina traciła do nich zaufanie. W Lyonie natomiast jest to wykluczone, gdyż praca pielęgniarek społecznych tak jest zorganizowana, że każda z pielęgniarek opiekuje się całą rodziną swojej dzielnicy, a nie jedną osobą w rodzinie. Jedna pielęgniarka społeczna odwiedza wszystkie niemowlęta, choćby one nawet należały do różnych stacyj, wszystkie dzieci szkolne, niezależnie od tego, do jakiej szkoły dziecko uczęszcza i t. d.

Pielęgniarki zależne są od centralnego biura opiekunek społecznych, które zawiera umowy z poszczególnemi poradniami. O skuteczności tej organizacji świadczą dane statystyczne: po 10 latach pracy udało się zmniejszyć śmiertelność niemowląt od 13%—3% rocznie. Jest to rezultat nadzwyczajny i obywatele Lyonu są z niego słusznie dumni.

W Lyonie byłam 6 tygodni. Dwa tygodnie pracowałam przy opiece nad dzieckiem, 2 tygodnie w poradni przeciwgruźliczej, a 2 tygodnie przebyłam w domu dla opuszczonych dzieci w Vinatier, jednem z przedmieść Lyonu. Dom ten jest obliczony na 100 dzieci: 80 bez matek, a 20 dla matek z dziećmi nieślubnemi. Dom stoi na ogromnym folwarku, otoczonym lasem; podzielony jest na 2 skrzydła, z których jedno zajmuje zakład miejski dla umysłowo chorych. Życie jest tam odcięte od świata, praca ciężka od 6.30 rano do 9 wieczór, lecz bardzo przyjemna. Spędziłam tam 2 tygodnie, zapoznałam się z pracą praktyczną i organizacyjną zakładu. Opieka troskliwa i dużo świeżego powietrza zapewniają dobre warunki dzieciom, którym brakuje tylko miłości matki, — tylko częściowo zastępują ją dobre pielęgniarki.

Podczas pobytu w Lyonie zapoznałam się również z pracą społeczną w fabrykach. Byłam w wielu fabrykach sztucznego jedwabiu, wyrób którego jest tak szkodliwy dla zdrowia robotników. Widziałam tam wzorowe stacje, mające na celu zapobieganie ciężkim wypadkom przy pracy, przeprowadzanie higjeny w samej fabryce i ochranianie robotników od systematycznego zatruwania się preparatami chemicznemi. Mam jednak wrażenie, że mało to pomaga, bo warunki życia robotników są tam bardzo ciężkie.

Opieka społeczna w przemyśle rozwija się coraz bardziej i otwiera jeszcze jedną dziedzinę pracy dla pielęgniarek społecznych.

Dnia 1-go października przyjechałam z powrotem do Paryża i w Szkole Pielęgniarstwa przy ul. Amyot 2 pracowałam w dziedzinie dietetyki przez 2 tygodnie. Nie trafiłam na kurs uzupełniający z dietetyki, dlatego wyjechałam do Soissons, aby zapoznać się z pielęgniarstwem społecznem na wsi. Praca tam, zaczęta również z inicjatywy amerykańskiej, przypomina mi pracę pielęgniarek w Lyonie. Trudności komunikacji zostały zniesione dzięki posługiwaniu się autami i rowerami. Centrala opiekunek społecznych posiada 5 aut — jedno specjalnie dla pogotowia ratunkowego — i 8 rowerów. Auta są prowadzone przez pielęgniarki społeczne. Praca na wsi wymaga dużo inicjatywy i doświadczenia, gdyż ludność wiejska jest bardziej zacofana i z nieufnością odnosi się do różnych innowacyj. Mimo licznych trudności, pielęgniarki, pełne inicjatywy i pomysłowości, ogromnie przywiązane do swego zawodu, nadzwyczajnie energicznie, taktowne i odnoszące się do ludności z głęboką życzliwością zdołały dużo zdziałać. Tam zrozumiałam, że te młode, wesołe

pielęgniarki z największem zadowoleniem spędzają lata całe na głuchej wsi i czują się szczęśliwe: ich twórcza praca i ten niemal kult, jakim otacza je ludność wiejska, zastępuje im wszystko. Spędziłam tam dwa tygodnie, których nigdy nie zapomnę. Tyle było nowego dla mnie w warunkach i całym systemie pracy, że z chęcią zostałabym dłużej, lecz nie miałam na to czasu — musiałam jechać dalej.

Dnia 25. października wróciłam do Paryża na tydzień, podczas którego zapoznałam się z jedną jeszcze gałęzią pielęgniarstwa społecznego, w tak zwanym „*Centre Social*“ w jednej z ubocznych dzielnic. Jest to ośrodek zdrowia, który się jednocześnie zajmuje podniesieniem życia kulturalnego i moralnego ludności. A więc rozporządza ogromną bibljoteką, klubem sportowym, świetlicą dla młodzieży i dzieci szkolnych, organizuje kursy gospodarcze dla dziewcząt, koła dla matek, przedszkola dla dzieci, prowadzi poradnię przeciwgruźliczą i inne. Pracą kierują wyłącznie pielęgniarki z wykształceniem pedagogicznem. Ośrodki takie, łączące opiekę nad zdrowiem i duchem, są bardzo rozpowszechnione w Anglji („*Settlement*“), niestety nie miałam czasu bliżej przyjrzeć się tej ciekawej formie pracy społecznej.

Ostatni miesiąc spędziłam w Brukseli, gdzie zapoznałam się z różnemi organizacjami opieki społecznej. Specjalnie zaciekawiła mnie praca pielęgniarek przy sądach dla małoletnich i przy dziecku niedorozwiniętem; uczęszczałam na cały szereg wykładów dla pielęgniarek w więzieniu „Foret“. Interesowałam się pracą pielęgniarek w urzędach sanitarnych i w szkołach powszechnych. Opieka społeczna nad dzieckiem w Belgji jest rzeczywiście godna podziwu. Zwiedziłam cały szereg sanatorjów dla dzieci w Breydene nad morzem.

Mieszkałam w Szkole Pielęgniarstwa Społecznego, kierowanej przez M-lle Mechelynk, która dołożyła wszelkich starań, abym skorzystała jak najwięcej.

Nadeszła chwila powrotu do kraju. Oczekiwałam jej z największą niecierpliwością, gdyż pragnęłam już w czyn wcielić wszystkie nabyte wiadomości; chciałam sama pracować i coś stworzyć. Dziedzina pielęgniarstwa społecznego rozwinęła się przedemną w całej swojej pełni, wracałam do Szkoły z większem jeszcze do niej zamiłowaniem.

Przytem stwierdzić muszę, że przez ten rok wędrówki, widziałam dużo szkół pielęgniarstwa w różnych miastach Francji i Belgji, lecz tak pięknej, jak nasza Szkoła — nie spotkałam. Zagranicą skorzystałam dużo w dziedzinie pielęgniarstwa społecznego. Natomiast stwierdzić muszę, że metoda pracy szpitalnej u nas, w Szpitalu na Czystem, przewyższa znacznie metody pielęgniarstwa szpitalnego, które widziałam zagranicą.

Luba Bielicka

Udział kobiet w Norwegji w walce z gruźlicą

Tegoroczny Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo dał możność, między innemi, zapoznania się z udziałem kobiet w zwalczaniu gruźlicy w Norwegji. Jest rzeczą godną uwagi, że najstarszą organizacją norweską, mającą na celu podniesienie poziomu zdrowia publicznego jest właśnie organizacja kobieca „*Norske Kvinners Sanitetsforening*“ (skrót N. K. S.) Norweska Organizacja Kobieca Zdrowia Publicznego.

Należy podkreślić, że z pośród organizacyj kobiecych o najrozmaitszych cechach, ta właśnie jest najliczniejsza. Założona w roku 1896, liczy ona

obecnie 630 filij i 90.000 członkiń. Pierwotnym jej celem było niesienie pomocy na wypadek wojny, lub innych klęsk powszechnych oraz — szkolenie pielęgniarek. Obecnie zakres pracy znacznie się rozszerzył. Związek prowadzi 90 różnych instytucyj, w tem 4 szkoły pielęgniarskie (trzy — posiadające internaty). W ciągu ostatnich kilku lat Związek Kobiecy przygotował do pracy ponad 1.000 pielęgniarek.

W roku 1899 Związek podjął również akcję przeciwgruźliczą i od tego czasu założył 25 domów izolacyjnych dla chorych na gruźlicę i 13 oddziałów szpitalnych dla gruźliczych w oddalonych okolicach. Instytucje Związku są rozrzucone na przestrzeni całego kraju: od koła biegunowego do południowego fjordu. Od roku 1911 Związek rozpoczął akcję przeciwgruźliczą zapobiegawczą przez zakładanie szkół na otwartem powietrzu. Obecnie tych szkół, prowadzonych przez Związek Kobiecy, jest 5 dla 140 dzieci. Akcja wysyłania dzieci na kolonje letnie jest energicznie prowadzona przez Związek. 12 oddziałów Związku ma własne domy kolonijne. Poza tem Związek założył i prowadzi 2 sanatorja dla dzieci gruźliczych, 12 domów wychowawczych dla dzieci w różnym wieku od niemowlęcego począwszy, 15 kąpielisk publicznych, szereg kuchni mlecznych, w których wydaje się około 60.000 litrów mleka pasteuryzowanego rocznie, liczne przychodnie dla niemowląt, dożywianie w szkołach itp.

Jednem z najciekawszych poczynań Związku Kobiecego Zdrowia Publicznego jest budowa tanich domków stałych lub tylko letnich, odnajmowanych po bardzo niskiej cenie rodzinom, w których są chorzy na gruźlicę. Obecnie Związek posiada 5 domów o 17 mieszkaniach na stałe, 10 domków letnich i 1 dom dla rekonwalescentów.

Związek Kobiecy opiekuje się również matkami w ciąży, dla których prowadzi 2 poradnie. N. K. S. zdaje sobie sprawę, że najpotężniejszym środkiem propagandy higjeny jest organizowanie pracy pielęgniarskiej w najodleglejszych zakątkach kraju, to też utrzymuje szereg pielęgniarek przy różnych instytucjach, a także kilka pielęgniarek wędrownych, które prowadzą pracę propagandową i pokazy obchodzenia się z niemowlętami, ratownictwa, zachowania czystości w domu, higjeny otoczenia i t. p.

Cała ta obszerna działalność wymaga znacznych funduszów. N. K. S. czerpie fundusze ze sprzedaży znaczka przeciwgruźliczego, konwalij, blankietów artystycznych do depesz i dochodów z loteryj. Sprzedaż znaczka została wprowadzona w Norwegji na wzór Danji przez Związek Kobiecy; na pierwszym znaczku była umieszczona podobizna królowej norweskiej, honorowej prezeski Związku. Od czasu wprowadzenia znaczka zebrano przeszło 1,040.000 koron norweskich. Obecnie dochód ze znaczka czerpie również norweski Związek Przeciwgruźliczy. W roku 1909 wprowadzono, na wzór Szwecji, sprzedaż konwalij. Zbiórka odbywa się oczywiście w maju. W ciągu 20 lat sprzedano przeszło 32 miljony kwiatków za 3¹/₄ miljona koron norweskich, które zostały w całości zużyte na zwalczanie gruźlicy. Loterja jest również tradycyjną, doroczną imprezą, powtarzającą się od lat 20, która pozwoliła powiększyć fundusz przeciwgruźliczy o 2 miljony koron. Wreszcie, sprzedaż artystycznych blankietów do depesz odbywa się dopiero od 2 lat na podstawie umowy pomiędzy władzami poczt i telegrafów z jednej strony, a Związkiem Kobiecym i Związkiem Przeciwgruźliczym z drugiej.

W uznaniu wielkich zasług N. K. S. dla zwalczania gruźlicy, Rada Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego przyznała mu dyplom,

a na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym w Hadze prezeska N. K. S. została obrana członkiem korespondentem Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

O wysokim poziomie instytucyj, prowadzonych przez N. K. S. mogli się przekonać uczestnicy tegorocznego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Oslo, zwiedzając założone i prowadzone przez Związek Kobiecy Z. P., „domy dla gruźliczych" i szkoły dla dzieci zagrożonych gruźlicą.

Domy dla gruźliczych są to zakłady izolacyjne dla chorych z gruźlicą zaraźliwą daleko posuniętą, niebezpiecznych dla otoczenia. Organizatorki i miejscowe pielęgniarki potrafiły stworzyć w tych zakładach atmosferę prawdziwego domu, daleką od przygnębienia.

N. K. S. szczyci się również otrzymywaniem licznych listów z podziękowaniami i wyrazami uznania od władz sanitarnych i instytucyj dla personelu pielęgniarskiego, wyszkolonego i utrzymywanego przez Norweski Związek Kobiecy Zdrowia Publicznego, pracującego nieraz w niezmiernie trudnych warunkach klimatycznych i kulturalnych, w miejscowościach trudno dostępnych, pozbawionych ułatwień komunikacyjnych i ubogich. Ten personel pielęgniarski przyczynił się wybitnie do postawienia Norwegji na tak wysokim poziomie kultury zdrowotnej, na jakim ona dziś się znajduje. *Dr M. Skokowska-Rudolfowa.*

Kronika pielęgniarska

Kraków

Dnia 31 grudnia 1930 r. ustąpiła ze stanowiska Dyrektorki Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek p. Marja Epsteinówna, a funkcje jej objęła p. Anna Rydlówna, dotychczasowa wicedyrektorka. Wicedyrektorką została p. Teresa Kulczyńska, zatrzymując nadal prowadzenie klasy.

Dnia 4 stycznia b. r. odbyło się uroczyste pożegnanie p. Marji Epsteinówny, urządzone w Szkole z inicjatywy Związku Absolwentek Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek. O godzinie 8.30 w jarzącej się od świateł i przystrojonej białemi kwiatami kaplicy szkolnej odprawił Mszę św. i wygłosił przemowę ks. Prof. Konstanty Michalski. W sali wykładowej przybranej dywanami i zielenią powitał p. Epsteinównę chór z wybranych z pośród uczennic i absolwentek głosów pod kierunkiem p. Brzezińskiej. Nastąpiły na przemian śpiewy i przemowy. Pierwsza zabrała głos absolwentka dawnej Szkoły krakowskiej p. Gabrjela Sukupówna, druga, w imieniu absolwentek nowej Szkoły p. Stanisława Orzechowska, instruktorka na Klinice chirurgicznej, trzecia, w imieniu uczennic p. Janina Bieniakówna, a następnie, imieniem służby, jedna z pokojówek. Przemawiające wręczały kwiaty p. Epsteinównie, a po przemowach, p. Rydlówna, przewodnicząca Związku, oddała jej zebraną wśród członkiń składkę, wynoszącą blisko 700 zł., prosząc, by p. Epsteinówna przeznaczyła ją na jakiś bliski sobie cel. Tak te pieniądze, jak i kwotę, zebraną wśród uczennic, p. Epsteinówna przeznaczyła na urządzenie większej kaplicy szkolnej, kiedy projektowana rozbudowa Szkoły dojdzie do skutku. Na zakończenie głęboko wzruszającego obchodu przemówił Ks. Prof. Michalski, żegnając p. Epsteinównę imieniem własnem, jako dawny przyjaciel Szkoły, oraz imieniem Zgromadzenia Księży Misjonarzy, z którem ona przez wiele lat współpracowała na polu pracy społecznej i oświatowej. P. Epsteinówna, dziękując za pożegnanie, dała wiele wskazówek dla Szkoły na przyszłą pracę.

Warszawa

Dnia 23 stycznia 1931 r. w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa rozpoczął się kurs dokształcający dla pielęgniarek społecznych wykładem p. Radlińskiej o psychologicznych podstawach pracy społecznej. Obecnych było 80 dyplomowanych pielęgniarek.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Zmiany posad w styczniu 1931.

S. Paprocka Anna ze Szpit. Ujazd. Warszawa do Szp. Wojsk. Wilno.
S. Narkomowa Stanisława, ze Szp. PCK. Warszawa do Szp. Ujazdowsk. Warszawa.
S. Jaworska Zofja, ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Iżycka Stanisława, po specjalizacji w Domu Mac. do Szp. Wojsk. Przemyśl.
S. Kaczmarkówna Katarzyna, po specjalizacji w Domu Mac. do Szp. Wojsk. Wilno jako instrumentarka.
S. Piotrowiczówna Wincentyna, po specjalizacji w Domu Mac. do Szp. PCK. Warszawa jako Rentgenistka.
S. Członkowska Marja, po specjalizacji w Domu Mac. do Szp. PCK. Warszawa.

Przyjęte do Polskiego Czerwonego Krzyża:

P. Szrottówna Janina, po ukończeniu 9 mies. Kursu Domu Mac. do Szp. Wójsk. Łódź.
P. Sznajdrówna Zofja, „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ Brześć.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

OD ADMINISTRACJI!

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów**, podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . .“